

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 39

DES INDICATIONS ACTUELLES
DE
L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ
provoqué dans les bassins dystociques
A BORDEAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 13 Décembre 1933

PAR

Jean-René-Célestin GUÉVELLOU

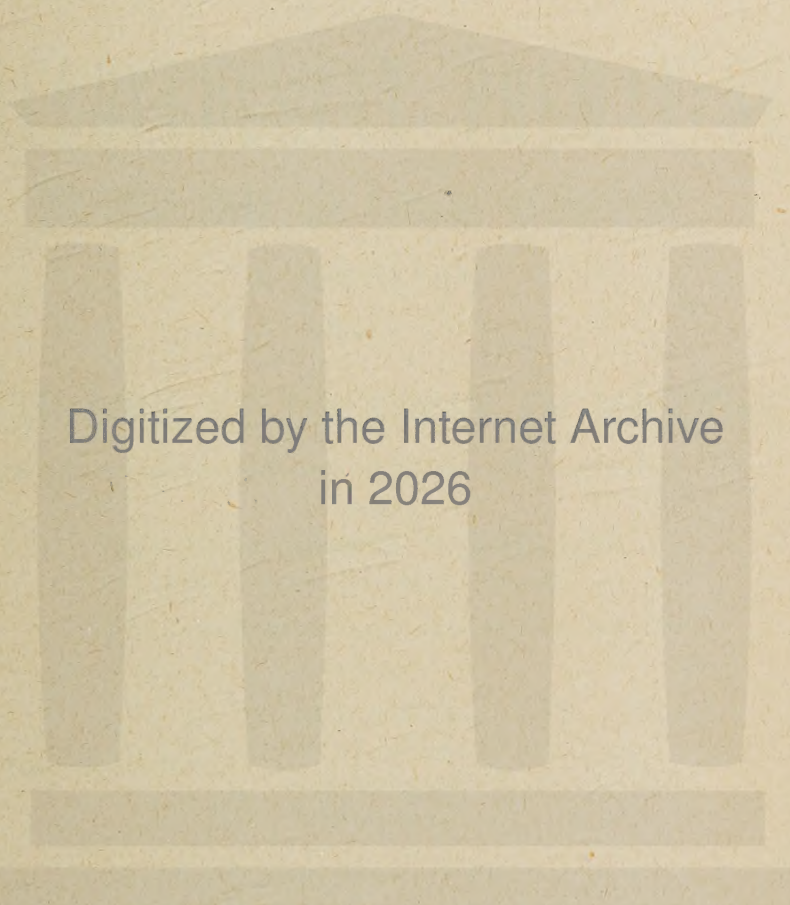
ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à TRÉGLAMUS (Côtes-du-Nord), le 16 septembre 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PERY, professeur.....	Président.
		LANDE, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
6, Place Saint-Christoly

1933



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548415_0079

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1933-1934. — N° 39

DES INDICATIONS ACTUELLES
DE
L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ
provoqué dans les bassins dystociques

A BORDEAUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 13 Décembre 1933

PAR

Jean-René-Célestin GUÉVELLOU

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à TRÉGLAMUS (Côtes-du-Nord), le 16 septembre 1908.

Examineurs de la Thèse	{	MM. PERY, professeur.....	Président.
		LANDE, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		RIVIÈRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER, BEILLE, CASSAËT

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). LACOSTE (Histologie).

PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Physique médicale.....	N.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie.....	N.
id.....	N.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
id.....	N.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	RIVIÈRE.		

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).
Gripopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....
id..... Clinique dentaire..... GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A LA MEMOIRE DE MON PERE

MORT AU CHAMP D'HONNEUR

A MA GRAND-MERE

A MA MERE

Je lui dois tout.

A MA FEMME — A MA SOEUR

A MES PARENTS — A MES BEAUX-PARENTS

A MON COUSIN

RENÉ OLLIVIER

Médecin de la Marine.

A MES AMIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ECOLE
DE SANTE DE LA MARINE

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES COLONIES

AU DOCTEUR R. MAHON

Ancien Chef de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine.

Qui nous a beaucoup aidé de ses conseils au cours de ce travail.

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Troupes coloniales,*

Commandeur de la Légion d'honneur,

Croix de guerre,

Officier de l'Instruction publique.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-CHEF BRUN

Sous-Directeur de l'Ecole principale de la Marine et des Troupes coloniales,

Officier de la Légion d'honneur,

Croix de guerre,

Officier de l'Instruction publique.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. PERY

*Accoucheur des Hôpitaux,
Chirurgien en chef de la Maternité,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a fait l'honneur de vouloir
bien présider cette thèse.

DES INDICATIONS ACTUELLES

DE

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

provoqué dans les bassins dystociques
à Bordeaux.

HISTORIQUE

L'accouchement prématuré provoqué a subi au cours des siècles des fortunes très diverses. Nous allons résumer très brièvement son histoire, quant à son application aux bassins rétrécis.

Décidé dans un but prophylactique, l'accouchement prématuré provoqué fait son apparition en Angleterre au début du xix^e siècle. Malgré un accueil favorable dans divers autres pays (Allemagne, Hollande, Italie), l'Ecole française reste rebelle à l'application de ce procédé. Baudeloque et ses élèves se prononcent contre lui comme « contraire aux lois divines » et « inconvenant » (1). Malgré Fodéré (2), qui se fait son avocat, l'Académie de médecine, en 1813, par la voix de M. de Kergaradac, se prononce contre toute interruption prématurée de la grossesse.

(1) Rapport à l'Académie de médecine, 1813.

(2) *Traité de médecine légale*, Strasbourg, 1843.

Cependant, en 1829, Stoltz (de Strasbourg) et Dubois ⁽³⁾ réussissent à donner à l'accouchement prématuré provoqué une place prépondérante parmi les opérations obstétricales alors en honneur.

De nombreux auteurs, tant en France qu'à l'étranger (Veilleux ⁽⁴⁾, Schoeller, Brown, Hamilton, Cohen, Campbell, Krause, Tarnier), partisans de cette nouvelle intervention, en établissent les indications, contre-indications et la technique opératoire.

Pendant un demi-siècle, l'accouchement prématuré provoqué conserve la première place, mais, en 1893, un coup terrible lui est porté par le Professeur Pinard au profit d'une nouvelle intervention : la symphyséotomie.

Le Professeur Pinard ⁽⁵⁾ reprochait à l'accouchement prématuré provoqué 30 p. 400 de mortalité fœtale, due à la difficulté de fixer exactement le moment de provoquer l'accouchement, « risquant d'avoir un enfant trop prématuré, ou, au contraire, laissant passer le moment, un enfant trop gros, qu'on serait obligé de tuer ». Une thèse d'un de ses élèves ⁽⁶⁾ condamne l'accouchement prématuré provoqué, et Pinard lui-même, au Congrès d'Amsterdam en 1899, fait donner à la symphyséotomie la première place.

Au Congrès de Dresde (1907), la césarienne corporéale fait son apparition, et supprime la symphyséotomie. Pinard lui-même doit, après Bar, ne donner que la seconde place à celle-ci, devant l'opération de Porro.

Il n'est pas question de l'accouchement prématuré provoqué. Cependant, les écoles provinciales, Bordeaux entre autres, ne l'ont pas oublié, et Andérodias ⁽⁷⁾, en 1906, publie 3 cas d'accouchement prématuré provoqué avec d'heureux résultats.

(3) Thèse de concours, 1829.

(4) *Traité complet de l'art des accouchements*.

(5) Rapport à la Société obstétricale de France, 1893.

(6) Dardel, thèse Paris, 1898.

(7) *Bulletin de chir. et méd. de Bordeaux*, 1906.

Puis, l'Ecole du Professeur Bar elle-même remet en honneur cette intervention, et nous arrivons à une troisième période, période d'éclectisme, où césarienne corporéale, symphyséotomie, forceps au détroit supérieur et accouchement prématuré provoqué sont tour à tour appliqués, sans qu'aucun de ces procédés ne soit reconnu supérieur aux autres.

C'est à ce moment, où « l'accouchement prématuré provoqué est considéré comme une opération parfaitement légitime, qui doit, jusqu'à nouvel ordre, conserver sa place parmi les interventions obstétricales des bassins viciés (8), que la césarienne basse fait son apparition. »

C'est la fin de l'accouchement provoqué, comme le remarque Brouha (9), ses indications se restreignent petit à petit, et il ne l'admet que parce qu'il permet encore des accouchements ultérieurs, tandis que la césarienne, à ce point de vue, n'a pas encore fait ses preuves, bien que Andérodias et Balard (10) aient (en 1926) publié l'observation d'une malade ayant eu 7 grossesses normales après une césarienne.

De plus en plus, les indications se restreignent et les accouchements prématurés provoqués diminuent.

Bordeaux (11) et Lyon (12) ne l'abandonnent pas tout de suite, jusqu'en 1932, où M. le Professeur Andérodias pouvait dire dans une leçon clinique (13) :

« A présent, on ne pratique plus l'accouchement prématuré provoqué. Théoriquement logique, cette intervention consiste à faire naître un enfant viable au moment où les dimensions de la tête permettent sans difficulté son passage au travers de la filière pelvienne rétrécie, mais c'est ce *moment* qu'il est difficile d'apprécier, même *approximativement*.

(8) Conclusions de la thèse de M. Rivière, Bordeaux, 1919-1920, à l'Histoire de laquelle nous avons fait de larges emprunts.

(9) Rapport au Congrès de Lyon, 1927.

(10) *Bull. méd.*, Paris, 1926, n° 1.

(11) Rapport d'Andérodias et Balard au Congrès de Lyon, 1927.

(12) Rhentér, thèse Lyon, 1927.

(13) Reproduite in *Journal de méd. de Bordeaux*, 1932, p. 802.

» ... D'autre part, danger pour la mère : la mise en travail est longue, les chances d'infections nombreuses, et on a vu survenir des cas de mort.

» Danger pour le fœtus : risque de provoquer l'accouchement trop tôt et d'avoir un enfant qui ne s'élèvera pas, ou mal, ou on le provoquera trop tard.

» C'est ce qui explique une mortalité de 15 à 20 p. 100. »

Nous allons chercher à montrer que s'il est difficile de trouver ce moment, c'est-à-dire l'âge de la grossesse, d'où le degré de viabilité du fœtus, il est surtout difficile d'apprécier le volume de celui-ci, et surtout la valeur de son diamètre bipariétal, si important au point de vue de l'accouchement; celui-ci, d'après nos observations, ne semblant pas correspondre à l'âge ou au poids du fœtus. Ce sera l'objet de notre premier chapitre.

Dans le deuxième chapitre, nous étudierons les inconvénients des accouchements prématurés provoqués : pour la mère, longueur du travail, chances d'infections; pour le fœtus, les dangers immédiats et éloignés, et les comparerons avec ceux de la césarienne basse.

Dans un troisième chapitre, nous résumerons les observations des accouchements prématurés provoqués à Bordeaux et nous comparerons leurs résultats avec ceux de la césarienne.

Enfin, dans un quatrième chapitre, nous porterons les conclusions qui nous sembleront logiques.

CHAPITRE PREMIER

DIFFICULTE D'APPRECIER LE MOMENT

L'accouchement prématuré provoqué serait l'intervention idéale si on pouvait, connaissant exactement la mesure du bassin, connaître aussi exactement la mesure du mobile qui doit le traverser, c'est-à-dire le fœtus, ou mieux les mesures de la tête fœtale, en particulier, celle du bipariétal, diamètre le plus important.

En effet, la valeur de celui-ci mathématiquement connue, il suffirait d'attendre le moment où ce diamètre atteindrait son chiffre le plus élevé, toutefois inférieur à celui du bassin, et à ce moment on provoquerait l'accouchement.

Malheureusement, ces données précises nous manquent, et nous allons passer en revue les divers moyens indiqués pour connaître la valeur du diamètre bipariétal à un moment donné de la grossesse, et nous montrerons qu'il serait illusoire de se fier entièrement à ces moyens, et que, même, ils sont tout à fait insuffisants.

I. — *D'après l'âge de la grossesse.*

Le procédé le plus simple et le premier employé a été de chercher à évaluer le rapport entre le diamètre bipariétal et l'âge du fœtus. Ceci pose un nouveau problème, celui de rechercher cet âge.

Pour l'établir, nous possédons trois sources de renseignements :

Date du coït fécondant, malaisé et même impossible à

préciser, sauf dans des cas exceptionnels de coït unique ou éloigné.

Date des mouvements actifs du fœtus, mais cette date est on ne peut plus variable, certaines femmes pouvant arriver au terme de leur grossesse sans avoir jamais senti remuer.

Et enfin, renseignement le plus important, et sur lequel se basent presque tous les accoucheurs, la date des dernières règles chez une femme normalement réglée. Et là encore les discussions sont nombreuses entre les divers auteurs pour fixer exactement le début de la gestation par rapport à la menstruation.

Pour Mme Lachapelle ⁽¹⁾, il y a une relation entre le bipariétal et l'âge.

A 7 mois, un bipariétal mesure 2 pouces 10 lignes;

A 7 mois 1/2, il mesure 3 pouces 1 ligne;

A 8 mois, il mesure 3 pouces 3 lignes;

A 8 mois 1/2, il mesure 3 pouces 4 lignes.

Dubois donne des chiffres à peu près semblables. Tarnier va plus loin et admet que :

A 7 mois, un bipariétal mesure 7 centimètres;

A 7 mois 1/2, il mesure 7 cm. 5;

A 8 mois, il mesure 8 centimètres;

A 8 mois 1/2, il mesure 8 cm. 5,

et il donne comme chiffre moyen du diamètre bipariétal à terme 9 cm. 5.

La Torre ⁽²⁾, le premier, a critiqué cette méthode trop facile et a étudié les variations de ces chiffres. Il trouve :

A 8 mois, le bipariétal oscille entre 7 cm. 5 et 9 cm. 5;

A 8 mois 1/2, entre 8 et 9 cm. 5;

A 9 mois, entre 7 cm. 75 et 10 cm. 5.

(1) *Pratique des accouchements*, p. 144.

(2) *Du développement du fœtus chez les femmes à bassin vicié*, thèse Paris, 1887.

Déjà ces résultats montrent la difficulté de donner une moyenne.

Nous avons voulu vérifier ces chiffres, et nos recherches ont porté sur 4.150 fœtus nés à l'Hôpital André-Boursier dans ces dernières années. Parmi ces fœtus, il y avait 354 prématurés, se répartissant comme suit (tous ces enfants étaient nés vivants) :

- 46 nés à 7 mois;
- 32 nés à 7 mois $1/2$;
- 134 nés à 8 mois;
- 144 nés à 8 mois $1/2$.

Les diamètres bipariétaux avaient des mesures différentes, et il est assez difficile de fixer une moyenne. Voici d'ailleurs ces chiffres :

- A 7 mois, le bipariétal varie de 7 à 9 cm. 2;
Moyenne : 8 cm. 5 à 8 cm. 9.
- A 7 mois $1/2$, il varie de 7 cm. 3 à 9 cm. 3;
Moyenne : 8 cm. 8 à 9 centimètres.
- A 8 mois, il varie de 7 à 10 centimètres;
Moyenne : 8 cm. 9 à 9 centimètres.
- A 8 mois $1/2$, il varie de 7 cm. 7 à 10 cm. 3;
Moyenne : 9 à 9 cm. 2.

L'irrégularité de ces chiffres montre qu'il est vain d'espérer trouver un rapport entre l'âge et le diamètre bipariétal d'un fœtus.

Comme les indications des accouchements prématurés provoqués se sont restreintes et qu'on ne les pratique plus qu'après le huitième mois, celui-ci seul nous intéresse, et on voit que la tête du fœtus semble, à 2 ou 3 millimètres près, avoir atteint les dimensions qu'elle aura à terme, diamètre sujet lui-même, comme nous le verrons plus loin, à de grosses variations.

II. — *D'après le poids.*

Il est courant, en effet, de dire que le poids du fœtus à terme oscille entre 3.200 et 3.500 grammes, le diamètre bipariétal étant alors de 9 cm. 5. Beaucoup d'auteurs ont conclu que ce diamètre subissait des variations proportionnelles à celles du poids.

Cependant, Budin et Ribemont ⁽³⁾ avaient déjà conclu que les « augmentations des dimensions de la tête, si elles sont progressives, sont cependant loin d'être proportionnelles ». Ce n'est pas assez, et nous dirons avec Dardel ⁽⁴⁾ que le diamètre bipariétal est irrégulier et essentiellement variable pour des poids égaux.

En supposant donc que par le palper on ait une notion presque exacte du volume de l'enfant (compte tenu de l'épaisseur de la paroi du liquide, de la présentation ou de l'engagement) et par là même de son poids approximatif, nous ne pensons pas, d'après nos recherches, que l'on puisse déduire de celui-ci le diamètre bipariétal.

Nos recherches ont porté sur 3.800 accouchements spontanés et à terme à l'Hôpital André-Boursier. Le poids des fœtus étant très variable, nous avons groupé ceux dont le poids ne différait que par moins de 100 grammes. Nous avons été frappé de l'extrême variabilité des mesures du bipariétal et de la difficulté de trouver une moyenne.

Nous avons malgré tout cherché à en établir une, en rassemblant, pour chaque catégorie de fœtus, les chiffres trouvés le plus souvent, laissant à ces chiffres une latitude de 4, 5 et même 7 millimètres de variabilité.

Malgré cela, nous trouvons une formidable quantité d'exceptions à la moyenne (1.800), soit presque la moitié; cette moyenne d'ailleurs ne varie guère pour chaque catégorie de fœtus, et elle est la même pour ceux pesant 2.600 grammes

(3) Budin et Ribemont, *Arch. de Tocolo*, 1879.

(4) Dardel, thèse Paris, 1898.

TABLEAU DES OBSERVATIONS

Poids des fœtus	Nombre	Différences extrêmes du B. P. et différences	B. Pariétaux			Moyennes et écarts
2.000 à 2.050	47	7 à 9,6 (2,6)	7	8,5 (12)	9,3 (4)	M. 8,5 à 9 E. 23
			7,7	8,7 (3)	9,5 (3)	
			7,9	8,9 (4)	9,6 (1)	
			8,2 (3)	9 (3)		
			8,4 (3)	9,2 (2)		
2.050 à 2.150	29	7 à 9,7 (2,7)	7	8,5 (2)	9,3 (1)	M. 9 à 9,6 E. 12
			7,9	8,9 (2)	9,5 (8)	
			8	9 (3)	9,7	
			8,1	9,1		
			8,2 (3)	9,2 (4)		
2.150 à 2.250	52	7,9 à 10 (2,1)	7,9	8,8 (3)	9,5 (2)	M. 8,4 à 9 E. 18
			8	8,9 (6)	9,7	
			8,2 (3)	9 (9)	9,8	
			8,4 (4)	9,1 (3)	10	
			8,5 (6)	9,3 (1)		
			8,7 (4)	9,4 (4)		
2.250 à 2.350	78	7,3 à 10,1 (2,8)	7,3 (2)	8,5 (5)	9,3 (4)	M. 8,6 à 9 E. 42
			7,6	8,6 (3)	9,5 (7)	
			7,9 (1)	8,7 (3)	9,6 (2)	
			8 (3)	8,8 (6)	9,9 (2)	
			8,2 (3)	8,9 (7)	10,1 (1)	
			8,3 (3)	9 (11)		
			8,4 (3)	9,2 (6)		
2.350 à 2.450	76	8 à 10 (2)	8 (3)	8,7 (6)	9,4 (1)	M. 8,5 à 9,1 E. 34
			8,2 (2)	8,8 (7)	9,3 (7)	
			8,3 (3)	9 (10)	9,6 (4)	
			8,4 (2)	9,1 (7)	9,7 (1)	
			8,5 (9)	9,2 (5)	10 (2)	
			8,6 (3)	9,3 (4)		
2.450 à 2.550	111	6,9 à 10 (3,1)	6,9	8,8 (9)	9,3 (6)	M. 8,5 à 9 E. 50
			7,7	8,7 (10)	9,4 (1)	
			7,8 (2)	8,8 (7)	9,5 (13)	
			8 (3)	8,9 (10)	9,6 (3)	
			8,3 (3)	9 (7)	9,7 (1)	
			8,4 (4)	9,1 (6)	9,8 (1)	
			8,5 (12)	9,2 (9)	10 (2)	
2.550 à 2.650	120	7,5 à 9,9 (2,4)	7,5	8,6 (4)	9,4 (3)	M. 8,5 à 9 E. 60
			7,6	8,7 (7)	9,5 (5)	
			7,7 (2)	8,8 (3)	9,6 (2)	
			7,8 (2)	8,9 (8)	9,7 (3)	
			8 (2)	9 (20)	9,8 (1)	
			8,2 (4)	9,1 (12)	9,9 (4)	
			8,4 (9)	9,2 (9)		
			8,5 (12)	9,3 (4)		

Poids des fœtus	Nombre	Différences extrêmes du B. P. et différences	Bi Pariétaux			Moyennes et écarts
2.650 à 2.750	154	7,6 à 10,1 (2,5)	7,6	8,6 (6)	9,5 (14)	M. 8,8 à 9,5 E. 63.
			7,7	8,7 (7)	9,6 (4)	
			7,8	8,8 (14)	9,7 (5)	
			8 (5)	8,9 (8)	9,8 (6)	
			8,2 (3)	9 (30)	9,9 (1)	
			8,3 (2)	9,1 (3)	10 (6)	
			8,4 (2)	9,2 (5)	10,1 (2)	
			8,5 (14)	9,3 (8)		
2.750 à 2.850	180	7,8 à 10,1 (2,3)	7,8 (2)	8,8 (12)	9,6 (7)	M. 8,8 à 9 E. 111.
			7,9	8,9 (15)	9,7 (3)	
			8 (3)	9 (42)	9,8 (4)	
			8,3 (2)	9,1 (3)	9,9 (3)	
			8,4 (9)	9,2 (15)	10 (2)	
			8,5 (9)	9,3 (7)	10,1 (3)	
			8,6 (7)	9,4 (10)		
			8,7 (3)	9,5 (18)		
2.850 à 2.950	191	7,8 à 10,2 (2,4)	7,8 (3)	8,8 (8)	9,6 (5)	M. 9 à 9,5 E. 92.
			8 (4)	8,9 (12)	9,7 (5)	
			8,1	9 (27)	9,8 (3)	
			8,2 (4)	9,1 (4)	9,9 (5)	
			8,4 (4)	9,2 (11)	10 (5)	
			8,5 (11)	9,3 (20)	10,2	
			8,6 (10)	9,4 (9)		
			8,7 (10)	9,5 (28)		
2.950 à 3.050	298	7,5 à 10,5 (3)	7,5 (2)	8,8 (9)	9,8 (11)	M. 8,9 à 9,5 E. 156.
			7,7 (2)	8,9 (19)	9,9	
			8 (14)	9 (33)	10 (3)	
			8,1 (6)	9,1 (3)	10,1	
			8,2 (13)	9,2 (26)	10,2 (2)	
			8,3 (6)	9,3 (19)	10,3	
			8,4 (9)	9,4 (12)	10,4	
			8,5 (10)	9,5 (47)	10,5 (1)	
			8,6 (11)	9,6 (6)		
			8,7 (10)	9,7 (10)		
3.050 à 3.150	276	7,8 à 10,6 (2,8)	7,8 (2)	8,8 (6)	9,8 (9)	M. 9 à 9,5 E. 136.
			7,9	8,9 (19)	9,9 (3)	
			8 (8)	9 (52)	10 (4)	
			8,1 (3)	9,1 (6)	10,1 (3)	
			8,2 (3)	9,2 (29)	10,2	
			8,3 (5)	9,3 (18)	10,4 (2)	
			8,4 (4)	9,4 (16)	10,6 (2)	
			8,5 (20)	9,5 (29)	12	
			8,6 (8)	9,6 (4)		
			8,7 (9)	9,7 (9)		

Poids des fœtus	Nombre	Différences extrêmes du B. P. et différences	Bi Pariétaux			Moyennes et écarts
3.150 à 3.250	287	7,5 à 11 (3,5)	7,5 (2)	8,8 (4)	9,9 (2)	M. 9 à 9,5 E. 112
			7,7	8,9 (11)	10 (12)	
			7,9	9 (49)	10,1	
			8 (6)	9,1 (16)	10,2 (2)	
			8,1 (4)	9,2 (15)	10,3	
			8,2 (5)	9,3 (25)	10,4 (2)	
			8,3 (6)	9,4 (13)	10,5	
			8,4 (7)	9,5 (57)	10,8	
			8,5 (11)	9,6 (4)	11 (2)	
			8,6 (2)	9,7 (8)		
			8,7 (3)	9,8 (7)		
3.250 à 3.350	318	7,5 à 11 (3,5)	7,5 (2)	8,6 (2)	9,7 (11)	M. 9 à 9,5 E. 140
			7,6	8,7 (10)	9,8 (11)	
			7,7	8,8 (2)	9,1	
			7,8 (3)	8,9 (3)	10 (10)	
			7,9 (4)	9 (64)	10,1 (4)	
			8 (1)	9,1 (9)	10,2 (7)	
			8,1 (4)	9,2 (19)	10,3	
			8,2 (8)	9,3 (17)	10,4	
			8,3 (5)	9,4 (13)	10,5	
			8,4 (2)	9,5 (54)	10,7	
			8,5 (21)	9,6 (14)	11	
3.350 à 3.450	270	7,5 à 10,9 (3,4)	7,5 (5)	8,8 (6)	9,7 (14)	M. 9 à 9,1 E. 107
			7,8 (2)	8,9 (5)	9,8 (11)	
			7,9 (3)	9 (63)	9,9 (6)	
			8 (5)	9,1 (3)	10 (13)	
			8,2 (7)	9,2 (27)	10,1 (2)	
			8,3 (6)	9,3 (7)	10,2 (1)	
			8,4 (5)	9,4 (18)	10,3 (2)	
			8,5 (11)	9,5 (40)	10,9	
			8,7	9,6 (6)		
3.450 à 3.550	257	7,3 à 11,2 (3,9)	7,3	8,7 (9)	9,7 (9)	M. 9 à 9,5 E. 120
			7,7	8,8 (2)	9,8 (10)	
			7,8 (3)	8,9 (6)	9,9 (9)	
			8 (4)	9 (41)	10 (17)	
			8,1 (5)	9,1 (8)	10,1 (3)	
			8,2 (3)	9,2 (18)	10,2 (4)	
			8,3 (6)	9,3 (11)	10,3 (5)	
			8,4 (2)	9,4 (8)	11	
			8,5 (6)	9,5 (31)	11,2 (2)	
			8,6 (9)	9,6 (4)		
3.550 à 3.650	250	7,2 à 10,5 (3,3)	7,2 (2)	8,7 (3)	9,7 (9)	M. 9 à 9,5 E. 122
			7,5 (2)	8,8 (7)	9,8 (8)	
			7,6	8,9 (4)	9,9 (4)	
			7,8 (2)	9 (39)	10 (19)	
			8 (7)	9,1 (10)	10,1	
			8,2 (6)	9,2 (19)	10,2 (4)	
			8,3 (2)	9,3 (11)	10,3	
			8,4 (7)	9,4 (15)	10,4	
			8,5 (19)	9,5 (34)	10,5 (1)	
			8,6 (5)	9,6 (14)		

Poids des fœtus	Nombre	Différences extrême du B. P. et différences	Ri Pariétaux			Moyennes et écarts
3.650 à 3.750	174	7 à 10,5 (3,5)	7 7,7 (2) 7,8 (3) 8 (4) 8,1 8,2 (6) 8,3 (4) 8,5 (4) 8,6 (5)	8,7 (6) 8,8 8,9 (6) 9 (27) 9,1 (13) 9,2 (10) 9,3 (5) 9,4 (11) 9,5 (33)	9,6 (7) 9,7 9,8 (4) 9,9 (11) 10 (17) 10,2 (5) 10,3 (2) 10,4 (2) 10,5	M. 9 à 9,5 E. 75
3.750 à 3.850	206	7,5 à 10,5 (3)	7,5 (1) 7,7 (2) 7,8 (2) 8 (3) 8,1 8,3 (4) 8,4 (7) 8,5 (9) 8,6 (7)	8,7 8,8 (6) 8,4 (3) 9 (23) 9,1 (5) 9,2 (11) 9,3 (8) 9,4 (14) 9,5 (39)	9,6 (7) 9,7 (8) 9,8 (15) 9,9 (6) 10 (14) 10,1 (1) 10,2 (4) 10,3 (2) 10,5 (2)	M. 9 à 9,5 E. 106.
3.850 à 3.950	122	7,9 à 10,5 (2,6)	7,9 8 (9) 8,1 (3) 8,2 (2) 8,3 (1) 8,5 (4) 8,7 (3) 9 (9)	9,1 (3) 9,2 (9) 9,3 (3) 9,4 (13) 9,5 (18) 9,6 (5) 9,7 (7) 9,8 (7)	9,9 (5) 10 (9) 10,1 10,2 (5) 10,3 (2) 10,4 10,5 (2)	M. 9 à 9,5 E. 67
3.950 à 4.050	140	7,4 à 10,5 (3,1)	7,4 7,8 (3) 8 (6) 8,1 (4) 8,2 (5) 8,4 (2) 8,5 (7) 8,6 (2) 8,7 (5)	8,8 (3) 9 (11) 9,1 (3) 9,2 (7) 9,3 (4) 9,4 (2) 9,5 (17) 9,6 (3) 9,7 (3)	9,8 (4) 9,9 (1) 10 (10) 10,2 (2) 10,3 (4) 10,4 10,5 (2)	M. 9 à 9,5 E. 66
4.050 à 4.200	109	7,8 à 10,6 (2,8)	7,8 (3) 8 (3) 8,5 (6) 8,6 (3) 8,7 (4) 8,8 (6) 8,9 (2) 9 (15)	9,1 (3) 9,2 (12) 9,3 (4) 9,4 (2) 9,5 (16) 9,6 (3) 9,7 (3) 9,8 (4)	9,9 (1) 10 (10) 10,1 10,2 (2) 10,3 (2) 10,4 10,5 (2) 10,6	M. 9 à 9,5 E. 57.
4.200 e au- dessus.	65	8,5 à 10,8 (2,3)	8,5 (2) 8,7 (3) 8,9 (4) 9 (3) 9,1 (1) 9,2 (3) 9,3 (1)	9,4 (1) 9,5 (8) 9,6 (1) 9,7 (3) 9,8 (4) 9,9 (1) 10 (12)	10,1 (5) 10,2 (3) 10,4 (3) 10,5 (1) 10,6 (1) 10,8 (2)	M. 9,2 à 10 E. 34

que pour ceux pesant 3.600 grammes. Elle est très irrégulière, et l'on voit la moyenne des fœtus de 2.000 grammes être supérieure à celle des fœtus de 2.800 grammes.

Les diamètres extrêmes varient de plus de 25 millimètres, souvent de 35, et même de 39 millimètres dans quelques cas.

C'est surtout chez les fœtus dont le poids se rapproche le plus du poids classique, c'est-à-dire ceux dont le poids va de 3.150 à 3.550 grammes, que ces différences s'accusent, et la moyenne est très difficile à établir. Si nous voulions être précis, il nous faudrait laisser aux chiffres de cette moyenne une latitude de 10 millimètres, ce qui est vraiment trop pour des chiffres moyens.

Il nous a semblé, en outre, que le chiffre de 9 mm. 5 est un peu élevé, celui de 9 millimètres se rencontre plus souvent pour les fœtus de poids moyen (sur 1.132 fœtus dont le poids varie de 3.150 à 3.550 grammes, on n'en trouve que 182 ayant un diamètre de 9 cm. 5 pour 217 ayant 9 centimètres ! Pour le détail, nous renvoyons aux tableaux que nous avons établis. Grâce à eux, on peut constater qu'il serait vain de vouloir donner une valeur fixe au diamètre bipariétal par rapport au poids. Cette méthode d'évaluation du bipariétal ne nous semble donc avoir aucune valeur.

III. — *Autres moyens.*

On a cherché à évaluer ce bipariétal par d'autres moyens. Ahlfeld⁽⁵⁾ avait cherché un rapport entre la longueur du fœtus et son diamètre bipariétal, mais il fut le seul à appliquer sa méthode, et elle ne lui survécut pas.

CÉPHALOMÉTRIE EXTERNE. — Ce procédé a été un moment à l'ordre du jour. Il consistait à mesurer le diamètre occipito-frontal au travers de la paroi abdominale, à l'aide du céphalomètre du Budin, ce diamètre étant plus grand, prétendait-on, que le diamètre bipariétal de 2 mm. 5 à terme. Pour les

(5) *Die Bestimonungen der Grösse des Kindes vor der Geburt*, 1875.

détails de l'opération, nous renvoyons le lecteur à la thèse de Bonnet (Montpellier, 1912).

Mais Dardel, dans sa thèse, étudiant les tableaux établis par Budin ⁽⁶⁾, a trouvé pour 40 mensurations : 6 fois un rapport exact; 13 fois un écart de 2 à 3 millimètres; 19 fois une erreur de 5 à 10 millimètres, pouvant aller jusqu'à 10 et 15 millimètres en moins et 8 millimètres en plus. Joignant à cela les causes d'erreurs dues à l'épaisseur variable de la paroi abdominale et du segment inférieur de la tête de l'utérus, sa tension, les difficultés d'évaluer l'occipito-frontal à travers ces parois, on conviendra qu'il serait difficile d'accorder pleine confiance à ce procédé.

Il semble donc qu'aucun des procédés d'évaluation du diamètre bipariétal ne donne de résultats satisfaisants. C'est le gros écueil de l'accouchement prématuré provoqué. On est obligé d'agir en aveugle, surtout depuis que ses indications sont restreintes au neuvième mois de la grossesse. On risque de provoquer l'accouchement sans raison et d'avoir un fœtus qui, à terme, aurait très bien passé par la filière génitale, ou il est trop tard et il va en découler divers inconvénients que nous allons étudier dans le chapitre suivant.

(6) *De la tête du fœtus au point de vue obstétrical.*

CHAPITRE II

INCONVENIENTS ET AVANTAGES COMPARÉS DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ ET DE LA CÉSARIENNE BASSE

Nous allons étudier successivement les avantages et les inconvénients de chacune de ces interventions :

- 1° pour la mère : immédiats et tardifs;
- 2° pour l'enfant : immédiats et tardifs.

I. — *Pour la mère.*

La faible mortalité maternelle est l'avantage primordial de l'accouchement prématuré provoqué. En 1898, Tarnier et Budin avaient trouvé les chiffres suivants :

Césarienne, 9 p. 100;

Symphyséotomie, 8 à 11 p. 100;

Accouchements provoqués prématurés, 1 à 2 p. 100.

Certains auteurs admettaient même une mortalité nulle, mais nous ne pouvons être de leur avis, puisque, comme le dit Brouha dans son rapport au Congrès de Lyon en 1927, il s'agit d'accouchements au cours desquels s'exécutent des manifestations génitales nombreuses et qu'il faut assez souvent terminer artificiellement.

En effet, en étudiant les observations des accouchements prématurés provoqués publiés dans le chapitre III, on voit que très souvent on est obligé de terminer artificiellement l'accouchement, aussi les éraillures et les déchirures des

parties molles sont fréquentes, nombreux sont les cas de déchirures légères du périnée, et on peut constater trois cas de déchirure complète.

De plus, il est facile de constater que l'accouchement traîne en longueur; si on veut le voir se terminer spontanément, la femme se fatigue, et, ayant perdu ses eaux depuis plusieurs heures, elle court de grandes chances d'infection; aussi les suites de couches sont-elles assez souvent fébriles. Donc, en donnant une mortalité nulle, les auteurs ont exagéré la bénignité de l'accouchement prématuré provoqué, et cette mortalité varie entre le 0,7 p. 100 de Krewer et le 2 p. 100 d'Andérodias et Balard (1).

Ce gros argument en faveur de l'accouchement prématuré provoqué que devient-il, appliqué à la césarienne basse? Il semble, d'après les statistiques, que la mortalité maternelle, la morbidité même, ne sont pas plus élevées.

Andérodias (2) publie 32 cas de bassins rétrécis où il est intervenu par la césarienne basse; sur ces 32 cas, aucune mort maternelle n'est à déplorer, et, au point de vue morbidité, il a seulement 3 cas :

- 1 congestion pulmonaire après anesthésie à l'éther;
- 1 infarctus pulmonaire au quinzième jour;
- 2 suppurations de la paroi;
- 1 phlébite double légère.

Ceci est peu si l'on songe aux conditions où l'on se trouvait en faisant ces opérations (femmes déjà en travail, à poche des eaux rompues depuis un certain temps, ayant subi des tentatives de version ou de forceps).

Brouha, dans son rapport au Congrès de Lyon, donnait à la césarienne (sans spécifier laquelle) une mortalité oscillant entre 1 et 2 p. 100.

Donc, chiffres sensiblement les mêmes que ceux de l'ac-

(1) Communication au Congrès de Lyon, 1927.

(2) *Gaz. des Sciences méd. de Bordeaux*, 192.

couchement prématuré provoqué. Mais peut-on comparer ces chiffres entre eux? « Non, dit-il, car la césarienne après l'épreuve du travail permet d'économiser un grand nombre d'opérations prophylactiques. »

Odagesco ⁽³⁾ estime à 70 p. 100 les cas où l'on avait envisagé cette opération et où l'accouchement s'est terminé spontanément, et Brouha se demande si ce pourcentage exprime le nombre d'accouchements prématurés qu'eussent provoqués inutilement les partisans de cette intervention.

Donc, il faudrait comparer le 0,7 à 2 p. 100 de mortalité maternelle de l'accouchement prématuré provoqué à 30 p. 100 des 1 à 2 p. 100 de mortalité de la césarienne. C'est un peu trop, il nous semble, et nous risquerions de tomber dans l'exagération contraire à celle de Rhenter ⁽⁴⁾, déclarant que la mortalité maternelle est moindre dans les accouchements prématurés provoqués que dans les accouchements normaux!

Il semble bien qu'il faille prendre une position moyenne entre ces deux extrêmes et donner aux deux interventions le même chiffre de mortalité maternelle, surtout que depuis 1927 la technique de la césarienne basse est bien au point, et les décès que l'on a à déplorer surviennent chez des femmes nettement infectées et ayant été, avant d'avoir recours à la césarienne, soumises à différentes autres manœuvres.

Au point de vue des résultats éloignés, l'accouchement prématuré provoqué ne présente aucun inconvénient, et la femme sort de l'hôpital comme après un accouchement normal. Là est le très gros argument, celui qui a permis à l'accouchement prématuré provoqué de garder longtemps la suprématie. Pas d'opération, aucune suite, d'où possibilité de recommencer indéfiniment l'accouchement prématuré provoqué (12 cas chez Herbert Spencer ⁽⁴⁾, 12 enfants vivants).

Ceci est en effet un très net et indiscutable argument, et,

(3) Les résultats de l'expectative dans les bassins limités et l'épreuve du travail, *Rev. franç. de Gyn. et obst.*, 1926.

(4) Communication au Congrès de Lyon, 1927.

obligé de l'admettre, nous allons chercher ce que les partisans de la césarienne trouvent à lui opposer.

Dans la littérature médicale actuelle, point n'est besoin de chercher longtemps, et les publications de césariennes basses itératives sont nombreuses.

En 1930, un de nos camarades, élève de M. le Professeur Andérodias, Stéphan ⁽⁶⁾, dans sa thèse, groupe les observations de grossesses chez des césarisées. Nous rapportons :

Andérodias et Balard, 19;

Reeb, 51;

Phaneuf, 189;

Hauch, 4;

Hamm, 5;

Jung, 135.

soit un total de 403 grossesses, toutes menées à terme, sauf 1 seul cas, où il s'est produit une rupture utérine.

Dans un grand nombre d'autres cas, l'accouchement s'est fait normalement et spontanément. Anderodias et Balard les publient d'ailleurs dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1936) :

Andérodias et Balard, 4 accouchements spontanés sur
19 = 21 %;

Phaneuf, 14 accouchements spontanés sur 189 = 7,4 %;

Reeb, 4 accouchements spontanés sur 51 = 7,84 %;

Hauch, 2 accouchements spontanés sur 4 = 50 %;

Hamm, 0 accouchement spontané sur 15 = 0 %;

Jung, 70 accouchements spontanés sur 135 = 51,8 %.

Ces accouchements spontanés peuvent se faire sans rupture utérine, parce que la cicatrice est toute petite; elle porte sur le segment inférieur, où il y a moins de tissu et pas de contractures lors de l'accouchement. Cette cicatrice peut même disparaître complètement, et Andérodias prétend ne pas en avoir trouvé trace à l'œil nu ni même à l'examen

(5) Communication au Congrès de Lyon, 1927.

(6) *Traitement des dystocias pelviennes de 1920 à 1933 à Bordeaux.*

microscopique dans certains cas (*Journal de méd. de Bordeaux*, 1931).

Ces accouchements par voies naturelles peuvent d'ailleurs être répétés :

Keller signale 2 accouchements normaux après césarienne;

Reeb en signale 3 et 2;

Phaneuf en signale 3 et 2;

Balard en signale 2;

Wettero en signale 6, 4 et 3.

Péry, dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (p. 793), 1923, publiant les résultats de la césarienne basse dans son service, remarque aussi l'état satisfaisant du segment inférieur au cours des césariennes itératives, et ne trouve qu'un seul cas où l'opérateur, M. le Docteur Balard, s'est trouvé en présence de grosses difficultés à cause d'une cicatrice vicieuse et très intimement adhérente aux tissus voisins.

II. — *Pour l'enfant.*

La grande mortalité fœtale immédiate est l'inconvénient majeur de l'accouchement prématuré provoqué. Elle dépassait 30 p. 100 lorsqu'on provoquait l'accouchement dans tous les bassins rétrécis; obligé de provoquer l'accouchement à sept mois dans les bassins très rétrécis, on obtenait des prématurés qui ne pouvaient pas résister. Cette mortalité variait de 40 p. 100 dans les bassins très rétrécis à 20 p. 100 dans les bassins limites. Cette énorme mortalité a fait diminuer les indications des accouchements prématurés provoqués jusqu'à ne plus les employer que dans les bassins limites et chez les multipares. Or, nous savons les difficultés de pronostic de ces bassins limites, et nous avons vu dans le premier chapitre les difficultés d'établir un rapport entre les diamètres du fœtus et ceux du bassin. Malgré cela, les décès étaient nombreux :

Fabre (7) donne une proportion de 25 %;
Rhenter (8) en donne une de 13 %;
Kower (9), en donne une de 16,4 %;
Voron (10) et Spencer (11), en donnent une de 10 %;
Essen Moeller (11), en donne une de 10 %;
Hauch (11), en donne une de 4,5 %.
Zangemeister (10), en donne une de 6 %;
Gammeltoft (11), en donne une de 5 %.

Les chiffres de mortalité de Hauch (de Copenhague) nous semblent un peu au-dessous du chiffre véritable, et nous adopterons plus facilement les chiffres de Voron, qui, de 1920 à 1927, a pratiqué 210 fois l'accouchement prématuré provoqué et a eu à déplorer 18 décès d'enfants, soit une moyenne de 9 %. 11 autres ont encore succombé dans les dix jours qui suivirent l'accouchement, soit donc une mortalité de 13 %.

Il remarque seulement que dans les dernières années, de 1924 à 1927, il a provoqué 153 accouchements, et il n'y a eu que 16 morts, soit 10 p. 100 seulement de mortalité.

A Bordeaux, Andérodias et Balard (12) signalent 12 cas de mort sur 101 cas d'accouchements prématurés provoqués par eux. Deux des décès (1 diabétique et 1 syphilitique) ne pouvant être imputés à l'accouchement prématuré provoqué, ils donnent comme chiffre de mortalité 10 p. 100 environ. C'est à ce chiffre qu'il semble devoir s'arrêter malgré la récente statistique de Voron et Pigeaud (13) qui n'ont qu'une mortalité de 2,7 p. 100 environ sur 87 accouchements pré-

(7) Fabre, *Précis d'obstétrique*, 1922.

(8) Rheuter, Sur le traitement des viciations pelviennes et en particulier sur les accouchements prématurés provoqués à la clinique de Lyon de 1904 à 1920, *Gyn. et Obstr.*, 1922.

(9) *Pratique des accouchements*, Paris, 1927.

(10) Über die Kunstliche Unterbrechung der Swangerschaft Wegen Beck-nenge nach unsere methode : *Zentrabl. f. Gyn.*, 1925.

(11) Congrès de Lyon, 1927 (communication manuscrite).

(12) Rapport au Congrès de Lyon, 1927.

(13) *Gyn. et Obstr.*, oct. 1933.

maturés provoqués en 1931 et 1932. Il nous semble même que leur statistique est sujette à quelques critiques. Ils classent leurs bassins en :

a) *Rétrécissements légers ou modérés.* — Le diamètre promonto-pubien est de plus de 9 centimètres. Ils ont, sur 78 de ces bassins, provoqué l'accouchement 32 fois et ont eu 1 décès. D'après les résultats que nous avons trouvés sur les rapports du diamètre bi-pariétal et de l'âge du fœtus, ces accouchements provoqués au voisinage du terme étaient inutiles, et on aurait pu laisser l'accouchement se faire spontanément, comme dans les 46 autres cas, où un enfant seul est mort, au cours du travail.

b) *Rétrécissements moyens.* — Ils provoquent 67 fois l'accouchement : 1 mort d'enfant.

Ils tentent l'épreuve du travail dans 46 cas, 41 fois l'accouchement s'est terminé par les voies naturelles, 2 enfants morts. 5 fois une césarienne basse, 1 enfant mort.

Ici encore, il nous semble que pour les 93 cas ils auraient pu faire l'épreuve du travail, les bassins généralement rétrécis ayant 9 centimètres de diamètre utile, et nous nous demandons s'ils ont pu discriminer avec certitude les 46 accouchements à provoquer des 41 à laisser aller à terme.

c) *Bassins à rétrécissement sévère.* — Sur 41 ils emploient le traitement prophylactique dans 13 cas :

- 8 accouchements provoqués;
- 5 césariennes prophylactiques.

Ils font, en outre, 36 épreuves du travail terminé par :

- 21 accouchements par voies naturelles;
- 13 césariennes basses.

Dans ce groupe, ils notent 2 morts maternelles et 2 morts d'enfants, omettant de les rapporter à l'une de ces interventions.

Nous croyons donc rester dans la vérité en fixant à 10 p. 100 le taux de la mortalité fœtale dans l'accouchement

prématuré provoqué, bien que, d'après nos recherches sur les accouchements provoqués à Bordeaux depuis 1923, nous trouvons 9 morts pour 52 accouchements prématurés provoqués.

Et c'est là le gros avantage de la césarienne basse sur l'accouchement prématuré provoqué.

On ne peut évidemment, pas plus qu'on ne pouvait donner à l'accouchement prématuré provoqué une mortalité maternelle nulle, concéder une innocuité absolue à la césarienne au point de vue fœtal, et nombreux auteurs ont signalé des cas de morts d'enfants, conséquence de ce qui fait l'avantage de la césarienne, l'épreuve du travail, mais de l'épreuve du travail trop poussée, pendant laquelle, l'enfant, soumis à de fortes contractions utérines et ne pouvant s'engager, souffre et peut périr.

Pour Brouha, cette mortalité, même en 1927, alors que la césarienne suprasymphysaire n'était pas au point, cette mortalité est très rare.

Pour Hauch, au contraire, défenseur de l'accouchement prématuré provoqué, au Congrès de Lyon, elle doit être égale à celles de l'accouchement prématuré provoqué, mais il n'envisage que des hypothèses, et s'il donne des observations et des résultats d'accouchements provoqués, il n'en apporte aucuns, se rapportant à la césarienne.

Andérodias et Balard, dans leur statistique de 1927, enregistrent 3 décès au cours de césariennes basses, soit un taux de 4,28 p. 100, mais deux de ces fœtus sont morts d'une fracture du crâne; résultats de tentatives de forceps faites, en ville; il convient donc de les éliminer, et le taux devient 1,5 p. 100.

Si, en résumé, on établit le parallèle entre les divers taux de mortalité et de morbidité pour la césarienne et l'accouchement prématuré provoqué, on obtient schématiquement :

Taux de morbidité maternelle : égaux;

Taux de mortalité maternelle : sensiblement égaux;

Taux de mortalité fœtale immédiate :

par césarienne : bas;

par accouchement prématuré provoqué : élevé;

Taux de morbidité :

par césarienne : bas;

par accouchement prématuré provoqué : élevé.

Donc, rien que pour cela la césarienne doit passer avant l'accouchement prématuré provoqué, mais il y a une autre raison, qui accroît sa suprématie, raison que nous n'avons fait que mentionner dans le courant de ce chapitre, c'est que la *césarienne basse n'est pas une opération prophylactique*, mais une opération de nécessité, et qu'on n'y recourt que si elle est formellement indiquée par *l'épreuve du travail*.

Sans aller jusqu'à opposer les résultats de 30 césariennes et de 70 accouchements spontanés à 100 accouchements prématurés provoqués, comme le faisait Brouha, on doit reconnaître que l'épreuve du travail a supprimé un grand nombre d'opérations inutiles.

A Bordeaux, sauf en cas d'excès de volume habituel du fœtus, on ne pratique plus l'accouchement prématuré provoqué. Celui-ci a été définitivement supplanté par la césarienne.

Les derniers défenseurs restent les Lyonnais, bien que Rhenter, au Congrès de 1927, reconnaissait restreindre de plus en plus ses indications, donc le nombre d'accouchements prématurés provoqués diminuait.

Et Voron, Pigeaud et Brochier, publiant les résultats de 1931 et 1932, accusent, sur 220 bassins rétrécis :

112 accouchements par voies naturelles après épreuve du travail;

21 césariennes;

87 accouchements provoqués.

Donc, ils provoquaient encore l'accouchement dans 40 p. 100 des cas.

Il s'agit de savoir si, dans ces bassins rétrécis, les auteurs lyonnais avaient appliqué l'épreuve du travail, quels auraient été les résultats.

Nous pensons que ceux-ci eussent été excellents et que presque tous se seraient faits par les voies naturelles. Car, nous l'avons montré dans notre premier chapitre, au moment où l'on pratique actuellement l'accouchement prématuré provoqué, c'est-à-dire de quinze à vingt jours avant le neuvième mois de la grossesse au terme, le diamètre bipariétal du fœtus ne varie plus ou presque plus. En outre, les contractions utérines (élément capital dans les bassins rétrécis) eussent sans doute été plus fortes dans un utérus normal que dans un utérus immature.

Il nous semble donc que, hors le cas de gros fœtus habituel, et dûment diagnostiqué, on ne doit plus pratiquer l'accouchement prématuré. Dans notre dernier chapitre, nous allons rapporter les observations et les statistiques montrant le déclin de cette pratique à Bordeaux, et l'avènement victorieux de la césarienne basse.

CHAPITRE III

DECLIN ET DISPARITION DE L'ACCOUCHEMENT PREMATURE A BORDEAUX DEPUIS 1923

Dans ce chapitre, nous allons donner les différentes interventions pratiquées à Bordeaux depuis 1923, et les observations des accouchements prématurés provoqués à la Maternité et à la Clinique obstétricale depuis cette date.

Ces observations, et surtout les statistiques des diverses interventions, sont assez claires en elles-mêmes pour qu'il ne soit pas besoin de les expliquer.

Nous ferons simplement remarquer que depuis l'avènement de la césarienne basse, le pourcentage des accouchements spontanés a notablement augmenté, et surtout celui des engagements spontanés, voulant dire par ce terme les accouchements se terminant spontanément et ceux où l'on a appliqué un forceps dans l'excavation ou à la partie inférieure de celle-ci, dans le but de faciliter et de diminuer la période d'expulsion, évitant ainsi une fatigue inutile à la mère, l'engagement dans les 2 cas s'étant effectué spontanément, la dystocie du bassin n'ayant joué aucun rôle.

Nous ferons aussi remarquer qu'une des interventions, des plus meurtrières pour l'enfant, nous voulons parler de l'application de forceps au détroit supérieur, est aussi en voie de disparition. C'est encore, nous le croyons, un succès de plus à l'actif de la césarienne basse.

I. — *Statistique des interventions.*

1923

Accouchements	1.626
Bassins rétrécis	85
Accouchements spontanés	36
Forceps dans l'excavation	4
Césarienne haute	10
Accouchements prématurés	19
Césarienne basse	3
Forceps au détroit supérieur	13

1924

Accouchements	1.767
Bassins rétrécis	103
Accouchements spontanés	40
Forceps dans l'excavation	12
Césarienne haute	21
Accouchements prématurés	13
Césarienne basse	1
Forceps au détroit supérieur	11

1925

Accouchements	1.870
Bassins rétrécis	157
Accouchements spontanés	70
Forceps dans l'excavation	13
Césarienne haute	29
Accouchements prématurés	18
Césarienne basse	0
Forceps au détroit supérieur	15

1926

Accouchements	1.949
Bassins rétrécis	172
Accouchements spontanés	124
Forceps dans l'excavation	14
Césarienne basse	13
Césarienne haute	3
Accouchements prématurés	2
Forceps au détroit supérieur	3

1927

Accouchements	2.001
Bassins rétrécis	178
Accouchements spontanés	121
Forceps dans l'excavation	6
Césarienne basse	21
Césarienne haute	3
Accouchements prématurés	3
Forceps au détroit supérieur	4

1928

Accouchements	1.872
Bassins rétrécis	190
Accouchements spontanés	120
Forceps dans l'excavation	28
Césarienne basse	33
Accouchements prématurés	4
Forceps au détroit supérieur	4

1929

Accouchements	1.936
Bassins rétrécis	179
Accouchements spontanés	110

Forceps dans l'excavation	31
Césarienne basse	36
Accouchements prématurés	1
Forceps au détroit supérieur	1

1930

Accouchements	2.012
Bassins rétrécis	187
Accouchements spontanés	118
Forceps dans l'excavation	23
Césarienne basse	42
Accouchements prématurés	1
Forceps au détroit supérieur	2

1931

Accouchements	1.828
Bassins rétrécis	154
Accouchements spontanés	68
Forceps dans l'excavation	26
Césarienne basse	49
Accouchements prématurés	0
Forceps au détroit supérieur	6

1932

Clinique obstétricale seulement.

Accouchements	1.009
Bassins rétrécis	50
Accouchements spontanés	25
Césarienne basse	16
Forceps dans l'excavation	6
Accouchements prématurés	0
Forceps au détroit supérieur	1

II. — *Observations relevées dans les services de la Maternité et de l'Hôpital André-Boursier.*

OBSERVATION I.

(Maternité, 1923, n° 28.)

Primipare, 21 ans. Promonto-suspubien, 10 cm. 5.

Accouchement provoqué à 8 mois.

Présentation O. I. D. P.

Ballon de Champetier de Ribes, puis dilatation manuelle. On termine par une basiotripsie. Déchirure complète du périnée.

OBSERVATION II.

(Maternité, 1923, n° 33.)

Primipare de 18 ans. Bassin généralement rétréci.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Petit ballon de Champetier.

Forceps au détroit supérieur en D. T.

Durée totale de l'accouchement : 4 jours.

Garçon de 2 kg. 750. Bipariétal, 9 centimètres. Mort le troisième jour.

OBSERVATION III.

(Maternité, 1923, n° 100.)

III-pare de 26 ans. Bassin aplati rachitique promonto-suspubien, 10 cm. 5.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Présentation O. I. D. P.

Gros ballon de Champetier.

Durée de l'accouchement : 2 jours et 5 heures.

Garçon 3 kg. 460. Bipariétal, 8 centimètres.

A la sortie, mère et enfant en bonne santé.

OBSERVATION IV.

(Maternité, 1923, n° 109.)

II-pare, 21 ans. Deuxième accouchement provoqué.
Bassin rétréci. Promonto-suspubien, 10 cm. 5.
Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.
Présentation O. I. G. T.
Petit ballon de Champetier de Ribes.
Durée totale de l'accouchement : 48 heures.
Garçon de 2 kg. 05. Bipariétal, 7 centimètres. Très débile et perdant du poids à sa sortie.

OBSERVATION V.

(Maternité, 1923, n° 104.)

II-pare de 27 ans. Deuxième accouchement prématuré provoqué.
Premier enfant mort.
Bassin vicié par paralysie infantile.
Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.
Présentation O. I. G. A.
Gros ballon de Champetier. Durée : 24 heures.
Garçon 2 kg. 450. Bipariétal, 9 centimètres.
Mère et enfant sortent en bonne santé.

OBSERVATION VI.

(Maternité, 1923, n° 112.)

II-pare de 24 ans. Deuxième accouchement prématuré provoqué.
Premier enfant mort.
Bassin généralement rétréci. Promonto-suspubien, 10 centimètres.
Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.
Ballon de Champetier. Durée totale : 18 heures.

Garçon de 2 kg. 670. Bipariétal, 8 centimètres.

Bien portant à la sortie.

OBSERVATION VII.

(Maternité, 1923, n° 214.)

I-pare de 21 ans. Bassin réduit dans tous ses diamètres.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Présentation O. I. D. T.

Sonde de Krause, puis ballon, version et forceps sur tête dernière.

Durée de l'accouchement : 3 jours 1/2.

Garçon de 3 kg. 200. Bipariétal, 8 cm. 5.

Bien portant à la sortie.

OBSERVATION VIII.

(Maternité, 1923, n° 307.)

III-pare de 36 ans. Bassin généralement rétréci. Promonto-sus-pubien, 10 centimètres.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Présentation O. I. G. T.

Petit ballon. Durée : 29 h. 30.

Garçon de 3 kg. 550. Bipariétal, 9 centimètres.

Bien portant à la sortie de l'hôpital.

OBSERVATION IX.

(Maternité, 1923, n° 312.)

II-pare, 31 ans. Bassin peu rétréci, plusieurs faux promontoires sacrés.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Présentation O. I. D. T.

Petit ballon, puis forceps au détroit supérieur pour souffrance fœtale. Durée : 16 heures.

Garçon de 3 kilos. Bipariétal, 8 centimètres. Présente une paralysie faciale. La mère présente des éraillures des parties molles.

OBSERVATION X.

(Maternité, 1923, n° 435.)

I-pare, 17 ans. Bassin canaliculé, plusieurs faux promontoires. Accouchement provoqué à 8 mois $1/2$.

Présentation O. I. D. T.

Sonde de Krause, puis forceps au D. S. Durée : 25 heures.

Fille 2 kg. 470. Bipariétal, 8 centimètres.

S'élève mal et meurt au bout de quelques jours.

OBSERVATION XI.

(Maternité, 1923, n° 435.)

II-pare, 24 ans. Premier accouchement normal à terme.

Bassin applati. Promonto-suspubien, 10 cm. 5.

Accouchement provoqué à 8 mois $1/2$.

Présentation O. I. D. T.

Gros ballon. Forceps dans excavation. Durée : 44 heures.

Garçon 3 kilos. Bipariétal, 9 centimètres.

OBSERVATION XII.

(Maternité, 1923, n° 568.)

I-pare, 21 ans. Bassin canaliculé. Promonto-suspubien, 10 cm. 5.

Accouchement provoqué à 8 mois $1/2$.

Présentation O. I. G. T.

Sonde, puis forceps au détroit supérieur en G. T.

Enfant de 2 kg. 450. Bipariétal, 8 centimètres. Mort quelques heures après. Mère fait une hémorragie, mais sort guérie.

OBSERVATION XIII.

(Maternité, 1923, n° 633.)

II-pare, 33 ans. Bassin rétréci, sans précisions.

Accouchement provoqué à 8 mois.

Présentation O. I. G. T.

Ballon, forceps au détroit supérieur; échec du forceps; version par manœuvres internes.

Enfant mort de 3 kg. 400. Bipariétal, 9 centimètres.

Mère : Déchirure complète du périnée.

OBSERVATION XIV.

(Maternité, 1923, n° 777.)

II-pare, 25 ans. Premier accouchement d'un gros enfant mort.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Petit ballon de Champetier. Durée : 30 heures.

Fille de 3 kg. 480. Bipariétal, 9 centimètres.

Mère présente après l'accouchement un état grave de shock.

OBSERVATION XV.

(Maternité, 1923, n° 786.)

II-pare de 22 ans. Premier accouchement normal à terme. Bassin légèrement aplati.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Ballon. Durée : 9 heures.

Garçon de 2 kg. 950. Bipariétal, 9 centimètres.

En bonne santé à la sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XVI.

(Maternité, 1923, n° 807.)

II-pare de 25 ans. Première grossesse à terme. Garçon vivant bien portant. Promontoire accessible, mais loin. Pas de faux promontoire.

Présentation du siège. Durée : 8 heures.

Forceps sur la tête dernière.

Garçon de 3 kilos. Bipariétal, 8 cm. 5. Mort.

OBSERVATION XVII.

(Maternité, 1923, n° 833.)

II-pare de 26 ans. Premier enfant mort.

Promontoire à 10 cm. 5. Un faux promontoire sacré.

Présentation O. I. G. T.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Ballon de Champetier. Durée : 3 h. 30.

Fille de 2 kg. 490. Bipariétal, 8 centimètres.

En bonne santé à sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XVIII.

(Maternité, 1924, n° 23.)

II-pare de 26 ans. Bassin annelé. Promonto-suspubien, 10 cm. 5.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Présentation O. I. D. T.

Ballon de Champetier, puis forceps dans excavation.

Durée de l'accouchement : 18 h. 30.

Fille 3 kg. 120. Bipariétal, 8 cm. 5.

Mère et enfant sortent en bonne santé.

OBSERVATION XIX.

(Maternité, 1924, n° 43.)

Il-pare de 34 ans. Premier accouchement, garçon vivant bien portant. Bassin canaliculé. Promonto-suspubien, 10 cm. 5. Plusieurs faux promontoires sacrés.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Présentation O. I. G. T.

Ballon de Champetier.

Durée de l'accouchement : 23 h. 50.

Garçon de 3 kg. 110. Bipariétal, 9 centimètres.

Mère et enfant sortent en bonne santé.

OBSERVATION XX.

(Maternité, 1924, n° 82.)

I-pare de 23 ans. Promonto-suspubien, 11 centimètres. Faux promontoire sacré.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Présentation O. I. D. T.

Sonde.

Durée de l'accouchement : 9 h. 15. Déchirure complète du périnée.

Garçon de 2 kg. 490. Bipariétal, 8 centimètres.

Mère et enfant en bonne santé à la sortie.

OBSERVATION XXI.

I-pare de 25 ans. Promonto-suspubien, 10 cm. 5.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Présentation O. I. G. T.

Ballon de Champetier, puis forceps en G. T. au détroit supérieur.

Durée : 34 heures.

Fille de 2 kg. 750. Bipariétal, 9 centimètres. Bien portante.
Mère, plaies vulvaires nombreuses. Transéat à Canolles.
Température élevée. Hémorragie. Mort.

OBSERVATION XXII.

(Maternité, 1924, n° 146.)

II-pare de 24 ans. Première grossesse : garçon de 4 kg. 300.
Forceps. Enfant mort.
Bassin annelé, légèrement applati.
Accouchement provoqué à 8 mois $1\frac{1}{2}$.
Présentation O. I. D. T.
Ballon.
Durée : 13 h. 30.
Fille de 2 kg. 950. Bipariétal 8 cm. 5.
Légère infection après accouchement.
Mère et enfant sortent en bonne santé.

OBSERVATION XXIII.

(Maternité, 1924, n° 166.)

II-pare de 30 ans. Premier accouchement prématuré provoqué
à 7 mois. Enfant mort.
Bassin rétréci. Promonto-suspubien, 11 centimètres.
Ballon.
Durée : 24 h. 45.
Fille de 2 kg. 850. Bipariétal, 8 centimètres.
Mère et enfant en bonne santé.

OBSERVATION XXIV.

(Maternité, 1924, n° 243.)

III-pare de 22 ans. Premier accouchement normal : enfant vi-
vant. Deuxième accouchement prématuré provoqué : enfant mort
à 17 mois.

Promonto-suspubien, 10 centimètres.

Accouchement à 8 mois $1/2$.

Petit ballon.

Durée : 7 h. 55.

Fille de 2 kg. 750. Bipariétal, 8 cm. 5.

Grosse élévation de température. Sérum antistreptococcique.

Guérison.

OBSERVATION XXV.

(Maternité, 1924, n° 275.)

II-pare. Premier accouchement normal.

Promontoire accessible. Plusieurs faux promontoires sacrés.

Bassin canaliculé.

Accouchement provoqué à 8 mois.

Présentation O. I. D. T.

Sonde.

Durée : 30 heures.

Garçon de 2 kg. 180. Bipariétal, 8 cm. 5.

OBSERVATION XXVI.

(Maternité, 1924, n° 340.)

I-pare de 47 ans. Promonto-suspubien, 10 cm. 5.

Accouchement à 8 mois $1/2$.

Petit ballon.

Durée : 10 h. 15. Déchirure du périnée.

Garçon de 3 kg. 07. Bipariétal, 8 cm. 5.

OBSERVATION XXVII.

(Maternité, 1924, n° 378.)

III-pare, 19 ans, 2 garçons à la suite d'accouchements spontanés, l'un est mort.

Bassin généralement rétréci : Promonto-suspubien, 10 cm. 25.

Présentation du siège S. I. G. A.

Accouchement provoqué à 8 mois.

Sonde et ballon. Durée : 43 heures.

Garçon de 2 kg. 710. Bipariétal, 7 centimètres. Il s'élève mal et reste débile.

OBSERVATION XXVIII.

(Maternité, 1924, n° 465.)

I-pare, 25 ans. Promonto-suspubien, 10 centimètres. Un faux promontoire sacré.

Présentation O. I. D. T.

Accouchement provoqué à 8 mois.

Sonde, ballon, puis forceps au D. S. Durée : 79 heures.

Enfant difficilement ranimé.

Mère délivrée artificiellement pour hémorragie.

OBSERVATION XXIX.

(Maternité, 1924, n° 484.)

I-pare, 35 ans. Premier enfant à 25 ans, 4 kg. 500, mort.

Promonto-suspubien, 10 cm. 5. Bassin canaliculé, plusieurs faux promontoires.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Gros ballon. Forceps dans l'excavation. Durée : 32 heures.

Fille de 2 kg. 980. Bipariétal, 9 centimètres.

Mère et fille sortent en bonne santé.

OBSERVATION XXX.

(Maternité, 1924, n° 660.)

II-pare, 28 ans. Première grossesse à terme. Garçon vivant.

Promonto-suspubien, 11 centimètres. Un faux promontoire sacré.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Sonde, quinine, injections chaudes. Durée : 60 heures.
Garçon de 3 kg. 260. Bipariétal, 8 centimètres.

OBSERVATION XXXI.

(Maternité, 1925, n° 43.)

III-pare, 29 ans. Bassin vicié par paralysie infantile. Deux accouchements provoqués à 8 mois $1/2$. Enfants en bonne santé.
Présentation O. I. D. T. Provoqué près du terme.
Petit ballon de Champetier. Durée : 4 h. 30.
Fille de 2 kg. 830. Bipariétal = 9 centimètres.
Fille de 2 kg. 830.
Mère et enfant sortent bien portants.

OBSERVATION XXXII.

(Maternité, 1925, n° 96.)

III-pare de 33 ans. Premier accouchement normal à terme.
Deuxième accouchement : Forceps en D. S. Fille-morte.
Bassin généralement rétréci. Promonto-suspubien, 10 centimètres.
Plusieurs faux promontoires sacrés.
Accouchement provoqué à 8 mois $1/2$.
Petit ballon. Durée : 8 h. 10.
Garçon 2 kg. 950. Bipariétal 10 centimètres.

OBSERVATION XXXIII.

(Maternité, 1925, n° 142.)

III-pare de 30 ans. Première grossesse à terme; deuxième grossesse, accouchement prématuré provoqué; resté débile.
Bassin caniculé. Promonto-suspubien, 10 cm. 5. Plusieurs faux promontoires sacrés.
Présentation O. I. D. T. Accouchement provoqué à 8 mois $1/2$.

Garçon de 2 kg. 650. Bipariétal, 8 centimètres. Naît en état de mort apparente. Paralyse faciale droite.

Suites de couches fébriles pour la mère.

OBSERVATION XXXIV.

(Maternité, 1925, n° 189.)

I-pare, 39 ans. Bassin canaliculé, généralement rétréci. Promonto-suspubien, 10 cm. 5.

Présentation O. I. D. T.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Ballon de moyen volume. Durée : 16 heures.

Garçon de 3 kg. 250. Bipariétal, 7 centimètres.

Déchirure du périnée.

OBSERVATION XXXV.

(Maternité, 1925, n° 281.)

II-pare, 29 ans, 1 avortement. Promonto-suspubien, 11 centimètres. Deux faux promontoires à 10 cm. 5.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Sonde de Krause. Durée : 7 h. 10.

Fille de 2 kg. 800. Bipariétal, 8 centimètres.

Mère et fille en bonne santé à la sortie.

OBSERVATION XXXVI.

(Maternité, 1925, n° 337.)

I-pare de 15 ans. Promontoire accessible, loin.

Accouchement provoqué près du terme.

Ballon de moyen volume.

Garçon de 3 kg. 350. Bipariétal, 9 centimètres.

L'enfant s'élève mal et n'a pas repris son poids primitif à la sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XXXVII.

(Maternité, 1925, n° 363.)

I-pare, 21 ans. Promontoire accessible, plusieurs faux promontoires sacrés.

Accouchement provoqué à 8 mois $1/2$.

Sonde, puis ballon. Forceps au détroit supérieur.

Au bout de 16 heures, accouche d'un garçon de 2 kg. 150.
Mort.

Transéatée à Canolle, la mère meurt peu après.

OBSERVATION XXXVIII.

(Maternité, 1925, n° 517.)

III-pare, 33 ans. Deux accouchements prématurés provoqués, avec des suites normales.

Promontoire accessible à 10 cm. $1/2$.

Accouchement provoqué à 8 mois $1/2$.

Ballon de petit volume.

Fille de 2 kg. 180. Bipariétal, 7 centimètres.

L'accouchement a duré 12 h. 10.

L'enfant et la mère sortent en bonne santé.

OBSERVATION XXXIX.

(Maternité, 1925, n° 577.)

II-pare de 26 ans. Le premier forceps en D. S., l'enfant était mort.

Deuxième accouchement normal à terme.

Accouchement provoqué aux environs du terme. Promontosupubien, 10 cm. 5.

Ballon, puis forceps dans l'excavation.

Durée : 10 h. 15.

Enfant de 2 kg. 600. Bipariétal, 8 centimètres. En bon état.
Mère : suites de couches fébriles.

OBSERVATION XL.

(Maternité, n° 579.)

II-pare, 34 ans. Premier accouchement prématuré provoqué. Forceps en D. S. Hémorragie.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2. Promonto-suspubien, 10 cm. 5.

Un faux promontoire sacré.

Ballon, puis forceps de l'excavation.

Durée : 35 heures.

Garçon de 3 kg. 430. Bipariétal, 8 centimètres.

Enfant en bon état. Mère : hémorragie.

OBSERVATION XLI.

(Maternité, n° 583.)

III-pare, 26 ans. Deux accouchements normaux à terme. Promontoire à 10 cm. 5. Un faux promontoire sacré. Accouchement provoqué près du terme.

Petit ballon. Durée : 7 heures.

Fille de 3 kg. 300. Bipariétal, 9 centimètres.

Mère bien. Enfant meurt.

OBSERVATION XLII.

(Maternité, n° 617.)

III-pare, 38 ans. Premier accouchement, forceps en D. S., mort. Deuxième accouchement prématuré provoqué, enfant vivant.

Diamètre promonto-suspubien, 10 cm. 5.

Accouchement provoqué à 8 mois.

Ballon de moyen volume. Durée : 27 h. 30.

Enfant de 2 kg. 750. Bipariétal, 9 centimètres.

Légère hémorragie. Suites fébriles.

Enfant et mère sortent en bonne santé.

OBSERVATION XLIII.

(Maternité, n° 638.)

I-pare de 22 ans.

Promonto-suspubien, 10 cm. 5. Plusieurs faux promontoires.

Présentation O. I. G. A.

Sonde. Durée, 24 h. 10.

Garçon de 2 kg. 170. Bipariétal, 9 centimètres.

Enfant sort en bon état. Suites de couches mauvaises pour la mère

OBSERVATION XLIV.

(Maternité, n° 660.)

I-pare de 20 ans. Promonto-suspubien, 10 cm. 5. Faux promontoire sacré.

Présentation en O. I. O. T.

Ballon. Durée : 59 heures.

Garçon de 2 kg. 710. Bipariétal, 6 cm. 5.

Mère et enfant en bonne santé

OBSERVATION XLV.

(Maternité, n° 721.)

II-pare de 25 ans. Premier accouchement prématuré provoqué; résultats excellents.

Promonto-suspubien, 10 cm. 5.

Présentation en O. I. G. T.

Ballon. Durée : 14 h. 40.

Fille de 2 kg. 650. Bipariétal, 9 centimètres.

OBSERVATION XLVI.

(Maternité, 1925, n° 875.)

IV-pare de 25 ans. Premier accouchement à terme, enfant mort; deuxième, avortement; troisième, accouchement prématuré provoqué, enfant mort.

Bassin rétréci. Promonto-suspubien, 10 cm. 5.

Présentation O. I. G. T.

Ballon de moyen volume, à 8 mois 1/2.

Version par manœuvres externes.

Enfant de 2 kg. 790. Bipariétal, 9 centimètres. Mort.

Suites normales pour la mère.

OBSERVATION XLVII.

(Maternité, 1926, n° 310.)

II-pare de 22 ans. Premier accouchement prématuré provoqué. Enfant mort. Mère : accès de fièvre après accouchement.

Deuxième, provoqué à 8 mois 1/2.

Bassin rétréci. Promonto-suspubien, 9 cm. 5.

Petit ballon. Durée : 20 heures.

Garçon de 3 kg. 08. Bipariétal, 9 cm. 5.

Mère et garçon en bonne santé.

OBSERVATION XLVIII.

(Maternité, 1926, n° 879.)

II-pare de 21 ans. Premier accouchement prématuré provoqué à 8 mois, enfant vivant.

Promontoire accessible à 10 centimètres. Plusieurs faux promontoires.

Présentation O. I. D. T.

Gros ballon. Durée : 7 h. 50.

Garçon de 3 kg. 320. Bipariétal, 9 centimètres.

Suites normales.

OBSERVATION XLIX.

(Maternité, 1927, n° 544.)

III-pare de 22 ans. Premier accouchement, garçon à terme mort; deuxième, accouchement prématuré provoqué, mort-né.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Bassin aplati. Promonto-suspubien, 40 cm. 25.

Présentation O. I. D. T.

Durée de l'accouchement : 16 h. 50.

Fille de 2 kg. 800. Bipariétal, 8 cm. 5.

Suites normales.

OBSERVATION L.

(Maternité, 1927, n° 712.)

III-pare de 24 ans. Premier accouchement à terme, garçon mort; deuxième accouchement prématuré provoqué, enfant vivant.

Bassin rétréci. Pas de détails.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2. Présentation O. I. G. T.

Petit ballon. Durée : 26 h. 25.

Garçon de 2 kg. 600. Bipariétal, 8 cm. 5.

Suites normales.

OBSERVATION LI.

(Maternité, 1927, n° 722.)

III-pare de 26 ans. Deux accouchement prématurés spontanés à 7 et 8 mois. Enfants vivants.

Bassin canaliculé. Promontoire accessible.

Faux promontoire sacré.

Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.

Présentation O. I. D. T.

Ballon de moyen volume. Durée : 34 heures.
Fille de 2 kg. 530. Bipariétal, 9 centimètres.
Suites normales.

OBSERVATION LII.

(Maternité, 1928, n° 667.)

II-pare de 25 ans. Première grossesse à terme, fille morte.
Promonto-suspubien, 10 centimètres.
Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.
Ballon de moyen volume. Durée : 40 h. 30.
Garçon de 2 kg. 750. Bipariétal, 9 centimètres.
Déchirure du périnée.
Enfant bien portant

OBSERVATION LIII.

(Maternité, 1928, n° 675.)

IV-pare de 25 ans. Premier accouchement à terme, enfant mort;
deuxième accouchement prématuré provoqué, enfant vivant; troi-
sième accouchement prématuré provoqué, enfant vivant.
Accouchement provoqué à 8 mois 1/2.
Enfant extrait par version. 2 kg. 790. Bipariétal, 8 centimètres.
Déchirure du col de l'utérus et du vagin.
Enfant : fracture de la clavicule

OBSERVATION LIV.

(Maternité, 1928, n° 783.)

IV-pare de 27 ans. 3 accouchements prématurés provoqués. Bas-
sin légèrement rétréci.

Présentation O. I. G. T

Méthode de Delmas. Version pénible. Forceps sur tête der-
nière. Déchirure du col et du vagin. Enfant de 2 kg. 300. Mort.

OBSERVATION LIV.

(Maternité, 1930, n° 964.)

V^e-pare de 25 ans. Premier accouchement à 8 mois, enfant vivant; deuxième accouchement provoqué à 8 mois, enfant mort; troisième et quatrième, avortements.

Bassin légèrement rétréci. Promonto-suspubien, 10 centimètres.

Accouchement provoqué près du terme.

Forceps au détroit supérieur. Durée : 10 heures.

Enfant de 3 kg. 270, qui vient mal.

Mère fait de l'infection et une légère annexite après l'accouchement.

CONCLUSIONS

Il nous semble, d'après les chapitres qui précèdent, que, sauf dans quelques cas d'excès de volume habituel du fœtus, les accouchements prématurés provoqués sont appelés à disparaître, et ont même disparu à Bordeaux.

Cette disparition est due :

1° A l'impossibilité d'avoir les données exactes pour établir le moment de provoquer l'accouchement parce que l'on ignore le volume et les diamètres de la tête fœtale, même si l'on connaît approximativement : l'âge, le poids et la longueur du fœtus.

On ne peut non plus les connaître par la méthode de céphalométrie externe, qui n'est pas exacte.

2° A l'avènement, depuis 1921 en France et 1926 à Bordeaux, d'une nouvelle intervention, la césarienne basse, qui, à égalité de mortalité et de morbidité maternelles avec l'accouchement prématuré provoqué, a sur celui-ci l'avantage d'une mortalité fœtale presque nulle, et surtout possède sur celui-ci l'immense avantage de n'être pas une opération prophylactique. C'est une opération de nécessité, à laquelle on n'a recours que si elle est formellement indiquée par l'épreuve du travail, d'où un plus grand nombre d'accouchements spontanés.

VU, POUR LE DOYEN :

L'assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. PERY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 6 décembre 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD. — L'avenir des prématurés nés par l'accouchement prématuré provoqué. *Zentralbl. für Gyn.*, 1901.
- ANDÉRODIAS. — Accouchement prématuré provoqué pour un bassin rétréci. *Soc. d'obst. et gyn. de Bordeaux*, 1920.
- L'opération césarienne basse. Indications et résultats d'après 32 observations. *Gaz. sciences méd., Bordeaux*, avril 1928.
- Avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne basse. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1931.
- Leçon clinique reproduite in *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1932.
- ANDÉRODIAS et BALARD. — Histoire obstétricale d'une femme ayant eu 7 grossesses après une opération césarienne. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1926.
- Communication au Congrès de Lyon, 1927.
- AUDEBERT. — Cicatrice utérine après section césarienne. *Gyn. et Obst.*, 1913.
- BAR. — Evolution des idées sur le traitement des dystocies pelviennes du XVIII^e siècle jusqu'en 1900. *Bull. méd.*, 1910.
- Place qu'il convient d'attribuer aux césariennes hautes parmi les opérations obstétricales. *Arch. de Gyn. et Obst.*, 1919.
- BALARD. — Sur 3 cas de césariennes suprasymphysaires. *Soc. de Gyn. et Obst., de Bordeaux*, 1923.
- Etat actuel de la thérapeutique des viciations pelviennes. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1927.
- La césarienne basse d'après 25 cas personnels. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1928.

- BAUX. — Bassin généralement rétréci : césarienne basse. *Bull. de la Soc. de gyn. et obst.*, 1928.
- BALARD et PLANÈS. — De la conduite à tenir chez les césarisées au cours de la grossesse et des accouchements consécutifs. *Rev. prat. de gyn. et obst.*, 1920.
- BOIVIN. — Conceptions actuelles sur la conduite à tenir en présence d'un bassin rétréci. *Gaz. méd. de Paris*, 1927.
- BONNET. — L'accouchement prématuré artificiel doit-il être banni de la thérapeutique des bassins viciés. Thèse Montpellier, 1912.
- BOURRET. — Thèse Lyon, 1908.
- BRINDEAU. — Quelques réflexions sur la césarienne basse. *Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1920.
- Pratique de l'art des accouchements, Paris, 1926.
- BROUCHA. — L'épreuve du travail dans le traitement des bassins limités. *Liège médical*, 1930.
- Faut-il réserver strictement la césarienne abdominale aux cas purs. *Gyn. et Obst.*, 1920.
- Rapport au Congrès de Lyon. *Gyn. et Obst.*, 1927.
- Du rôle de la césarienne dans le traitement des bassins limités. *Bull. acad. royale de méd. belge*, 1928.
- CATHALA. — De la valeur de la transpéritonéale basse. *Bull. de la Soc. d'obst. et gyn.*, janv. 1926.
- CAMVENBERGHE (VAN). — Utilité de l'accouchement prématuré artificiel. *Rev. mens. de gyn. et péd.*, déc. 1913.
- CHATILLON. — A propos de la résistance des cicatrices sur le segment inférieur. *Rev. franç. de gyn. et obst.*, janv. 1926.
- COUVELAIRE. — Thérapeutique des viciations pelviennes. *Ann. méd. et chir. prat.*, 1927-1928.
- COUVELAIRE et PORTES. — A propos de la césarienne transpéritonéale. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1925.
- DELAIGNE. — Contribution à l'étude des résultats immédiats et éloignés de l'accouchement prématuré provoqué dans les bassins rétrécis. Thèse Lyon, 1920.

- DESNOUE. — Doit-on conserver l'accouchement prématuré provoqué dans le traitement de la dystocie par bassins rétrécis. *Gyn. et Obst.*, nov. 1928.
- DRUSKIN. — Provocation à l'accouchement. Indications. Méthodes. *The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, févr. 1924.
- ESSEN MOELLER. — Communication au Congrès de Lyon. *Gyn. et Obst.*, 1914.
- ESSMANN. — Sur 56 cas d'accouchement prématuré provoqué par les bassins rétrécis. *Gyn. et Obst.*, nov. 1928.
- ENGELHARD. — Contribution à l'étude de la césarienne tardive. Thèse Paris, 1926.
- GAIFAMI. — A propos de 50 cas d'opération césarienne transpéritonéale sur le segment inférieur. *Rev. de Gyn. et Obst.*, janv. 1923.
- GALL. — La césarienne abdominale, Bologne, 1923.
- GELLE. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale basse. Thèse Lille, 1930.
- GALLIMARD. — De l'avenir immédiat et éloigné des enfants nés par l'accouchement prématuré provoqué. Thèse Paris, 1905.
- GARDEL. — Contribution à l'étude de la symphyséotomie. Thèse Paris, 1899.
- GUÉRIN-VALMALE et GAUDIÈRE. — Examen histologique d'une cicatrice utérine après opération césarienne. *Obst. et Gyn. de Montpellier*, juin 1914.
- GUIBERT. — De la valeur sociale de l'enfant né par l'accouchement prématuré provoqué dans les bassins rétrécis. Thèse Lyon, 1910.
- HAUCH. — Communication au Congrès de Lyon. *Soc. de gyn. et obst.*, 1927.
- HEYN. — Die Geburtsleitung bei engen Becken in der Praxis. *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 23, 1926.
- JEANNIN. — Congrès de Lyon, 1927. Communication manuscrite. *Obst. et Gyn.*, 1927.
- KLAFTEN et BODNAR. — Ergebnisse aus den Untersuchungen der Falle Worschnittenbindung. *Arch. für Gyn.*, 1925.

- LEHAZKI-SEMMELVEIS-KOLOMAN. — Uber die wiederholten Kaiserschitt.
Arch. für Gyn., Bd 27, 1923.
- LE LORIER. — Césariennes conservatrices après ruptures des membranes. *L'obstétrique*, 1911.
— Résultats de 17 observations de césarienne basse conservatrice.
- LEOPOLD. — Contribution à la section césarienne sur un total de 229 cas. *Ann. de gyn.*, 1907.
- L'HUILLIER. — Thèse Bordeaux, 1931.
- LEMOUSSU. — La césarienne tardive. Thèse Paris, 1908.
- MANASSI. — Contribution à l'étude de la césarienne suprasymphysaire. Thèse Paris, 1925.
- MEISSNER. — Beitrag zur Kaisernitt frage. *Diss. Breslau*, 1926.
- MAYGRIER. — Le prématuré. Son avenir. Sa protection. *Presse médicale*, 1908, n° 102.
- MOUCHOTTE. — Une série de 14 opérations césariennes conservatrices. *Ann. de gyn.*, 1908.
- MULLER. — L'accouchement dans les cas de bassins moyennement rétrécis. *Journ. de méd. de Paris*, nov. 1928.
- ODAGESCO. — Les résultats de l'expectative dans les bassins limités et l'épreuve du travail. *Rev. de gyn. et obst.*, sept. 1926.
- OUSTRY. — Du moment de l'intervention dans l'opération césarienne. Thèse Toulouse, 1920.
- PAULET. — Etude sur l'accouchement provoqué. Thèse Paris, 1870.
- PERRET. — Accouchement prématuré provoqué et symphyséotomie. Thèse Paris, 1894.
- PERRIER. — Contribution à l'étude de la pratique de la césarienne basse. Thèse Strasbourg, 1923.
- PÉRY. — Accouchement provoqué pour excès de volume du fœtus. *Soc. d'obst. et gyn. de Bordeaux*, nov. 1923.
- PENTALOZZA. — L'accouchement dans les bassins rétrécis. *Obst.*, 1909.
- PHANEUF. — Obstetric future of women delivered by the low of cervical cesarean section. *Amer. Journ. of Obst. and Gyn.*, avril 1927.

- PINARD. — De l'accouchement provoqué. *Ann. de Gyn.*, 1891.
- Indication de l'opération césarienne par rapport à celles de la symphyséotomie et de l'accouchement provoqué. *Ann. de gyn.*, 1899.
- De l'obstétrique opératoire dans la dystocie par viciation pelvienne. *Ann. de gyn.*, nov. 1908.
- De l'accouchement dans les bassins limités étroits. *Bull. méd.*, mars 1912.
- PORTES et RISACHER. — A propos de la césarienne transpéritonéale basse. *Bull. de Soc. gyn. et obst. de Paris*, 1926, n° 5.
- REEB. — Contribution à l'étude de la césarienne basse. *Rev. franç. d'obst. et gyn.*, avril 1923.
- RHENTER. — Sur le traitement des dystocies pelviennes et en particulier sur les accouchements prématurés à la Clinique obstétricale de Lyon, de 1904 à 1920. *Gyn. et Obst.*, 1922.
- RIVIÈRE. — Les progrès de l'opération césarienne doivent-ils faire abandonner l'accouchement artificiel de la thérapeutique des bassins rachitiques. Thèse Bordeaux, 1919-1920.
- RISS-BRAHIC et OLMER. — A propos de l'accouchement spontané dans les bassins rachitiques. *Gaz. d'accouch.*, Montpellier, 1928.
- STÉPHAN. — Thèse Bordeaux, 1931.
- TARNIER et SÉE. — Comparaison entre l'accouchement prématuré provoqué, la césarienne et la symphyséotomie. *Presse médicale*, 1893.
- TRILLAT. — Deux cas de césarienne basse itérative. *Bull. de la Soc. obst. et gyn.*, oct. 1929.
- VAN CANWENBERG. — Utilité de l'accouchement prématuré artificiel. *Rev. mens. d'obst. et gyn.*, 1913.
- VAN ROY. — De Rougenologische Beckenmeting, Amsterdam.
- VALLOIR. — Accouchement prématuré provoqué pour la deuxième fois chez une femme ayant subi une opération césarienne. *Bull. de la Soc. de gyn. et obst. de Paris*, 1926, n° 6.
- VORON. — La pratique de l'art des accouchements. Paris, 1927.
- VORON et PIEGEAUD. — Communication. *Gyn. et Obst.* oct. 1933.

- WETTERVALD. — A propos de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne basse. *Gyn. et obst.* 1926.
- WEYMERSCH. — L'opération césarienne conservatrice après rupture de la poche des eaux. *Rev. de gyn. et obst.*, mars 1920.
- WILLIAMS. — *Obstetrics*, New-York, 1925.
- ZANGEMEISTER und BAER. — Über die Kunstliche Unterbrechung der Swangerschaft wegen Beckenenge nach unsere methode. *Zentralbl. für Gyn.*, 1925.
- WOLLNER. — Traitement chirurgical de l'accouchement dans les bassins rétrécis. *Archiv. für gynak.*, mai 1922.

